UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 · N° 301

LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE MALADIE PSYCHOSOMATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 décembre 1956

PAR

Jacques MÉRIAUX

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer.

Interne des Hôpitaux de Bordeaux
Lauréat de la Faculté de Médecine
Diplômé de Médecine Tropicale
Certifié de Médecine Aéronautique
Certifié de Biologie appliquée à l'E.P. et aux sports
Médecin breveté de la Marine Marchande

Né le 30 septembre 1931, à BIZERTE (Tunisie)

Examinateurs de la Thèse : MM. MORETTI, Professeur, Président.
FONTAN, Professeur.
LEGER, Professeur
VERGER, Agrégé.
— Juges

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0046

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 301

LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE MALADIE PSYCHOSOMATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 19 décembre 1956

PAR

Jacques MÉRIAUX

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et de la France d'Outre-Mer.

Interne des Hôpitaux de Bordeaux
Lauréat de la Faculté de Médecine
Diplômé de Médecine Tropicale
Certifié de Médecine Aéronautique
Certifié de Biologie appliquée à l'E.P. et aux sports
Médecin breveté de la Marine Marchande

Né le 30 septembre 1931, à BIZERTE (Tunisie)

Examinateurs de la Thèse : MM. MORETTI, Professeur, Président.
FONTAN, Professeur.
LEGER, Professeur
VERGER, Agrégé.

Juges

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

BORDEAUX

UNION FRANÇAISE D'IMPRESSION
185, Cours de la Marne

1956

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE G. PORTMANN

DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	De GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	LEGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	MORETTI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeut. et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie) CAZAUX (Pharmacie, 3e section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e section)	N.
	QUILICHINI

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ R. STOLL (Histologie)
MARQUEVIELLE (Biologie médicale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétrique sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NIVET
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mlle LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	J. RIVIERE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIERE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A NOS GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRERE

A MA FEMME

Avec mon amour et ma reconnaissance pour l'aide précieuse qu'elle m'a toujours apportée.

A MA FILLE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DE LA FACULTE

A MES PATRONS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

A MES AMIS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DE L'INTERNAT

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL
DE DEUXIEME CLASSE LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Médecin des Hôpitaux maritimes
Commandeur de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Spécialiste des Hôpitaux maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. VERGER

Agrégé de Puériculture
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. LEGER

Professeur d'Anatomie Pathologique et Microscopie Clinique
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR FONTAN

Professeur de Clinique Médicale des Maladies des Enfants
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques
Commandeur du Nicham El Iftikhar

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MORETTI

Professeur de Médecine Tropicale et Clinique
des Maladies Exotiques
Médecin des Hôpitaux
Médecin des Hôpitaux Maritimes
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Mérite de l'Afrique Noire
Chevalier de l'Etoile d'Anjouan

Qui nous a fait bénéficier de son remarquable enseignement et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respect, de notre admiration et de notre gratitude.

INTRODUCTION

Lors de notre passage dans le service de M. le Professeur Bonnin, puis avec M. le Professeur Moretti, nous avons été amené à observer personnellement et à suivre, trois cas de recto-colites hémorragiques. M. le Professeur Moretti a attiré notre attention sur le comportement affectif particulier de ces malades. Aussi, sur ses conseils, avons-nous étudié de plus près ces sujets du point de vue psychologique. Cela nous a été possible grâce à l'extrême obligeance de M^me^ Abiet, psychologue attachée à la clinique des maladies nerveuses et mentales (Professeur Delmas-Marsalet). Nous avons ainsi été conduit à envisager les arguments étayant la conception psychosomatique de la recto-colite hémorragique, et enfin, à considérer la recto-colite hémorragique comme une authentique affection psychosomatique, avec la thérapeutique à visée étiologique qui en découle.

Ceci est l'objet de ce travail qui comprendra par conséquent deux parties :

1° Exposé des observations.

2° Conception psychosomatique de la recto-colite hémorragique : ses arguments et ses conséquences.

La partie strictement personnelle de ce travail, c'est-à-dire l'étude de la personnalité des trois malades dont nous rapportons les observations, doit être considérée comme le prélude à une étude numériquement plus importante. Cependant, ces trois observations nous paraissent intéressantes en ce qu'elles rapportent des recto-colites hémorragiques d'origine psychosomatique survenues chez des sujets très différents : un homme de 28 ans, une femme de 41 ans et un enfant de 9 ans.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Longtemps anonyme dans le cadre confus des colites, la recto-colite hémorragique a commencé à être individualisée en Grande-Bretagne entre 1873 et 1888, par WILKS, ALLEKIN, HALE et WHITE. Cette individualisation se basait essentiellement sur l'absence d'étiologie et c'est ce caractère négatif de la recto-colite hémorragique cryptogénétique, qui en resta longtemps le principal signe distinctif. Même en 1935, le premier Congrès international de gastro-entérologie réuni à Bruxelles, inscrivait à son ordre du jour « les colites ulcéreuses non amibiennes », ce qui impliquait en quelque sorte un diagnostic purement d'exclusion. Ce ne sont d'ailleurs pas les appellations diverses de recto-colite hémorragique, recto-colite hémorragique et purulente, recto-colite ulcéro-hémorragique et colite ulcéreuse, employées par les différents auteurs, qui pouvaient favoriser une conception nosologique précise de cette affection. L'isolement de la recto-colite hémorragique fut en fait possible par des études rectoscopiques et histologiques. La rectoscopie montre une congestion de la muqueuse avec piqueté hémorragique, suintement sanglant et petites ulcérations « en coup d'ongle », caractéristiques ; quant à l'étude biopsique, à propos de laquelle il faut citer les travaux de RACHET, elle montre des lésions vasculaires importantes avec œdème et congestion du chorion de la

muqueuse. Ces données anatomo-pathologiques, ainsi que la notion d'une maladie évoluant par poussées, furent pendant longtemps les seuls critères positifs de la recto-colite hémorragique ; ils lui permirent cependant de prendre place à part dans la pathologie colique, à côté des recto-colites dysentériques parasitaires, tuberculeuses, toxiques, etc.

Quant aux recherches étiologiques, elles aboutirent à l'énoncé de diverses théories : théorie infectieuse qui eut son heure lors des travaux bactériologiques de BARGEN, théorie allergique qui a suscité de nombreuses recherches ; enfin théories endocrinienne et métabolique. Quant à la possibilité d'une étiologie psychosomatique, il semble qu'elle ait été signalée pour la première fois par les Américains MURRAY en 1930, et SULLIVAN, en 1935. Ces premiers travaux, qui ne visaient d'ailleurs qu'à signaler la possibilité de facteurs psychiques, ne suscitèrent pas un grand enthousiasme à l'époque, Outre-Atlantique, et passèrent même complètement inaperçus en Europe. Cependant, cette notion allait germer et, s'intégrant à la nouvelle médecine psycho-somatique américaine, allait être, aux Etats-Unis, à l'origine d'une avalanche de publications et de rapports. Quant aux travaux européens d'avant 1945, s'ils signalaient le rôle des émotions dans la survenue de rechutes, ils étaient bien loin de la médecine psycho-somatique. En Amérique, au contraire, les travaux de WITTKOWER, DANIELS, WEST, PALMER et MAHONEY tendaient à faire une entité définie sous tous ses aspects, de la recto-colite hémorragique, et celle-ci devenait ainsi pour certains auteurs américains une maladie psycho-somatique.
En Europe, quelques travaux furent aiguillés en ce sens : aux Pays-Bas, en 1947, GROEN rapporta six cas de colite ulcéreuse où des facteurs psychiques lui semblaient significatifs et si, en 1948, RACHET et ses élèves ne parlaient encore que d'affection neuro-végétative, on trouve le possible rôle déclenchant des facteurs émotionnels dans la thèse de M^me^ Andrée BEYTOUT (Bordeaux, 1948), inspirée par le Professeur DUBARRY, qui

reprit cette question en 1950 à Bruxelles. En fait, ce sont surtout DURET et GROEN qui, dans leurs communications à la Société belge de gastro-entérologie, envisagèrent, les premiers en Europe, la recto-colite hémorragique en tant que maladie psycho-somatique. Depuis, il faut citer, en langue française, les travaux de DEMOLE et LASSERRE, de CAIN et ses collaborateurs, et de SCHNEIDER.

Parallèlement à cette recherche analytique de facteurs psychiques dans la recto-colite hémorragique, des travaux expérimentaux aboutissaient chez l'homme comme chez l'animal, à une explication physio-pathologique des faits constatés. Enfin, d'importants travaux basés sur l'appréciable expérience personnelle du Hollandais GROEN, de l'Argentin NASIO et de quelques Anglo-Saxons comme WEST et CLARK, introduisaient la psychothérapie comme traitement étiologique de la recto-colite hémorragique.

CHAPITRE II

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Un jeune homme de 28 ans fait une recto-colite hémorragique grave quelques jours après un choc affectif qui le met dans une situation insoluble pour lui. L'examen psychologique montre une personnalité anormale.

M. L..., 28 ans, fils de petit propriétaire rural, entre à l'hôpital le 2 mars 1956, dans un état de cachexie fébrile comparable à l'état préterminal des bacilloses pulmonaires. Depuis le mois de septembre 1955, il présentait des selles sanglantes : quelques gouttes de sang deux ou trois fois par semaine au début, puis une ou deux selles chaque jour, et enfin aggravation jusqu'à 20 ou 25 selles constituées uniquement de glaires et de sang, et accompagnées d'un syndrome rectal extrêmement pénible. Un traitement émétinien et antibiotique a été pratiqué sans aucun résultat.

Dans les antécédents de ce malade, il n'y a rien de notable, et en particulier, aucun antécédent dysentérique.

L'examen, lui aussi, est pauvre, ne montrant qu'une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche. Au toucher rectal, on trouve une muqueuse irrégulière, tomenteuse, sanglante et douloureuse. La rectoscopie ne permet aucune constatation précise du fait du sphacèle de la muqueuse et du flux diarrhéique de pus et de sang. Une biopsie faite dans ces conditions ramène une formation polypeuse sans signe de malignité. On note une légère fièvre à 38°. L'examen coprologique montre des selles d'odeur fade, constituées de sang, de glaires et de pus jaunâtre, où l'examen microscopique met en évidence une purée de polynucléaires, divers éléments sanguins, mais ni kystes, ni œufs, ni parasites, ni germes spécifiques. Par ailleurs, la numération globulaire objective une anémie à 2.040.000 hématies et il existe une polynucléose neutrophile modérée. La vitesse de sédimentation des hématies est de 35 mm. en 1 heure.

Donc un tableau de recto-colite hémorragique et purulente.

L'état du malade étant grave, un traitement à base de « salazopyrin », de vitamine B12 et de petites transfusions est aussitôt mis en œuvre. L'état général de M. L... s'améliorant alors assez rapidement, il est possible après quelques jours, et grâce à des renseignements donnés par un cousin, de pousser l'interrogatoire.

Nous apprenons ainsi que le sujet a toujours eu un complexe d'infériorité : étant le plus jeune enfant de la famille, il a été et reste couvé par sa mère ; il a fait ses études dans un séminaire jusqu'à la 3e et regrette de n'avoir pas continué dans cette voie, mais il fallait qu'il aide ses aînés à la propriété. Il n'a, depuis, jamais acquis son indépendance matérielle. Or la propriété doit revenir au fils aîné ; il sait parfaitement que ses possibilités d'avenir sont donc très limitées dans cette voie, mais il n'a pas une volonté suffisante pour s'en sortir, bien qu'il dise avoir la possibilité de travailler dans une usine de pétrole : « Il y a un pas à faire, mais je ne m'y décide pas ».

Il sort depuis déjà longtemps avec une jeune fille qui fait ses études d'infirmière, et avec laquelle il se considère comme fiancé. Mais sa mère s'oppose à ces projets sous prétexte que la jeune fille « n'a pas de biens » ; en fait, le malade sait qu'il y a eu autrefois quelque chose entre sa mère et le père de sa fiancée et que cela est en partie la raison de l'opposition maternelle. La jeune fille devient sa maîtresse et en août 1955, elle présente un aménorrhée qui inquiète fortement le malade et le met au pied du mur dans une situation impossible, entre l'opposition de sa mère à laquelle il est très attaché, son désir de se marier et enfin sa situation matérielle des plus précaires pour un jeune homme de 28 ans. Quelques jours après, c'est l'apparition de sang dans ses selles.

Il est alors pratiqué des tests psychologiques : tests de RORSCHACH et T.A.T. (Test d'aperception thématique de MURRAY).

1° Le test de RORSCHACH révèle une personnalité assez anxieuse, en plein problème et qui craint d'aborder ce problème, qui le fuit (planche 1) ; l'affectivité semble assez labile ; pas de dynamisme intérieur. Le sujet est resté à un stade très infantile, et fixé à sa mère. Il a un sentiment de solitude et d'impuissance devant ses problèmes.

Le problème maternel semble important ; très fixé par la mère, il ne peut s'en détacher ; d'où une certaine inquiétude vis-à-vis de l'autre sexe et du problème sexuel.

Il n'a pas de vision humaine, mais une personnalité semblant vivre assez repliée sur elle-même et sans contact affectif profond avec son entourage (chiens de faïence, planche III).

2° Au T.A.T., on a une impression générale de fatigue, d'épuisement, de passivité. A la planche II, le sujet s'associe beaucoup plus à la femme « dans une pose de souffrance, avec ses yeux clos, adossée au chêne... souffrance et fatigue » qu'à

l'homme ; celui-ci est vu plusieurs fois comme « bien musclé, représentant la force », et cette force virile est considérée comme un manque.

Le problème maternel apparaît à nouveau à la planche VI : « Une femme hébétée à la vue d'un départ imminent de son fils », avec refus d'expliquer.

Le couple est pratiquement refusé (planche IV) : « Le couple lui-même a l'apparence d'une mésentente, d'une mésalliance... l'homme cherche à s'évader... » La planche X, planche de la tendresse chez le couple, est envisagée comme irréelle ; l'homme n'a que l'apparence d'un homme. La planche XIII est refusée, avec doute sur la détermination du sexe opposé : « une forme allongée paraissant être une femme... »

En résumé, d'après les tests effectués, il s'agit d'un sujet assez passif, manquant de dynamisme intérieur ; resté à un stade infantile et fixé à sa mère, il ne peut s'en détacher. Actuellement, il semblerait exister un problème sentimental : le sujet refuse et fuit constamment la vision du couple, car il est trop attaché à sa mère. Il vit avec un sentiment d'impuissance et d'incapacité à résoudre ses problèmes.

Il est alors possible d'élargir les possibilités thérapeutiques tant médicamenteuses, étant donné l'amélioration de l'état général du malade, que psychologiques grâce aux renseignements ainsi obtenus sur la personnalité du sujet et l'état conflictuel où il se trouve.

C'est ainsi que dix jours après l'arrivée du malade, il lui est administré chaque soir un lavement à base d'huile d'olive, de vitamine A et d'hydro-cortisone, tandis que par voie générale, on continue la « salazopyrine » à raison de 12 comprimés par jour en lui adjoignant 15 mg. de métacortandracine sous couvert de 1 gr. de « tifomycine ».

Parallèlement, une psychothérapie est mise en œuvre et des

contacts sont pris avec la mère, afin de faciliter au malade la solution de ses problèmes.

On assiste alors à une amélioration, d'abord spectaculaire, puis plus lente, de la recto-colite hémorragique. Le malade reprend du poids et des forces, le nombre de ses selles passe de 25 le 3 mars à 5 le 18 mars, pour atteindre 2 le 9 avril ; il y a parallèlement disparition du pus et apparition de selles moulées, bien que sanglantes. La rectoscopie permet, d'abord de confirmer histologiquement le diagnostic de recto-colite hémorragique, puis de suivre la cicatrisation de la muqueuse recto-sigmoïdienne.

Enfin, le malade sort de l'hôpital, guéri, le 22 avril, avec un traitement à base de « stalkosal » additionné de génatropine.

Fin mai, une légère poussée (4 à 5 selles sanglantes par jour) nécessite, à domicile, la reprise de « salazopyrin » et de lavements ; en quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Depuis le mois de juillet où l'affection semblait guérie, nous n'avons plus de nouvelles du malade.

En conclusion, il s'agit d'un sujet sans antécédents dysentériques, ni même digestifs notables qui, à l'occasion d'un conflit affectif qu'il est spontanément incapable de résoudre, étant donnée sa personnalité, fait une recto-colite hémorragique. Deux points sont donc à noter dans l'étiologie :

1° un choc émotionnel qui est rendu dramatique par

2° une personnalité particulière mise nettement en évidence par les tests de projection, caractérisée par une passivité et un attachement maternel très infantile.

OBSERVATION II

Une femme de 35 ans fait une recto-colite hémorragique ; son apparition coïncide avec de nombreuses agressions psychiques très éprouvantes pour cette malade chez qui on retrouve une personnalité anormale.

M^me^ L..., 41 ans, infirmière, est suivie en consultation hospitalière pour recto-colite hémorragique depuis plusieurs mois, ayant toujours refusé l'hospitalisation. Cette recto-colite hémorragique remonte en octobre 1950 et s'est manifestée depuis cette époque par plusieurs poussées hémorragiques. Les rectoscopies pratiquées chez cette malade ont montré des images typiques ; l'examen de selles est resté négatif tant au point de vue bactériologique que parasitologique. On est frappé en outre par le comportement de la malade, pleurant facilement et d'un instabilité extrême.

Dans les antécédents, on relève une dysenterie amibienne contractée en Extrême-Orient, en 1948 et qui, traitée par deux séries d'émétine, ne s'est plus manifestée depuis le début de 1949. En fait, l'interrogatoire révèle dans les antécédents des agressions psychiques nombreuses et une vie mouvementée qui ont mené la malade à un véritable état de névrose. Originaire de l'Est de la France, M^me^ L... s'est retrouvée avec sa famille dans le Sud-Ouest en 1939. Elle termine ses études d'infirmières et, à la mort de sa mère, hémiplégique gauche, elle trouve une situation à Brive. Elle y retrouve un ingénieur qu'elle avait connu en 1938, et rapidement elle devient sa maîtresse. C'est pendant le cours d'une grossesse survenue au bout de quelques temps, qu'elle s'aperçoit du comportement volage de son ami, lequel la quittera d'ailleurs en 1944, alors que le bébé a 10 mois. Laissant celui-ci en nourrice, elle travaille alors pendant quelques mois à Luxembourg et à Metz, puis s'engage comme infirmière pour l'Indochine. Arrivée en Extrême-Orient en mai 1948, elle y contracte une amibiase puis fait une dépression nerveuse au cours de laquelle elle est obsédée par l'idée de sa petite fille

malade ou même peut-être morte. Cet épisode dépressif lié à un mauvais état général par surmenage professionnel, entraîne le rapatriement sanitaire de la malade en 1949. Démobilisée après quelques mois d'hospitalisation, elle trouve du travail dans la capitale ; c'est alors pour elle une période extrêmement pénible : soumise à un travail de nuit, en proie à des soucis financiers, repoussée par le père de sa fille, loin de celle-ci, elle se trouve en outre en bute à des allusions blessantes du fait de sa maternité irrégulière. C'est à ce moment, en octobre 1950, qu'apparaissent les premières traces de sang dans les selles, rattachées dès le mois de décembre de cette même année, à une recto-colite hémorragique. La malade va présenter par la suite une longue série de poussées hémorragiques, entraînant des arrêts de travail, et de périodes de rémissions, où les mêmes soucis continuent à l'assaillir. C'est ainsi qu'en 1956 nous voyons en consultation une malade porteuse d'une recto-colite grave pour laquelle s'est même posé le problème d'une intervention chirurgicale ; en outre, une malade dont l'état psychique était assez inquiétant pour frapper dès le premier abord.

Des tests psychologiques de projection ont été pratiqués chez cette malade.

Au Rorschach, la malade est opposante, méfiante, se plaignant d'être fatiguée et d'avoir de la difficulté à s'exprimer car sa langue natale est le flamand. Elle reste sans cesse sur la défensive et comme traquée. Le Rorschach est refusé.

Au T.A.T. la malade a la même attitude au début ; puis elle se met en confiance et devient un peu plus interprétative. Avec une attitude de défense infantile, elle recherche l'acquiescement et l'aide de la psychologue. La malade a un profond sentiment de culpabilité : à la planche X elle donne une interprétation très originale et jamais rencontrée. « La coupable parle à son défenseur à l'oreille pendant une audience ». A la planche XII, c'est « une religieuse qui donne l'impression de ramener une créature dans le droit chemin ». Une forte agressivité apparaît

à la planche XVIII où elle s'identifie à la femme qui vient d'assommer un homme. Le monde humain lui semble hostile, dur, sans pitié. Le seul refuge est un retour à la mère protectrice ; elle a une profonde nostalgie de la mère perdue, elle l'exprime à la planche V : « On peut supposer qu'elle ouvre la porte pour ressentir un vide... Çà représente plutôt qu'on ouvre la porte pour voir le vide. Par exemple, çà me représente quand j'ai perdu ma mère. J'ai ouvert la porte pour me rappeler ma mère... Qu'on constate un vide avec regret ».

En conclusion de l'examen psychologique, on a affaire à une malade très névropathe. Avec une grosse culpabilité vraisemblablement relative à sa situation de fille-mère, elle a conservé une agressivité contre le père de l'enfant. Le monde extérieur lui paraît méchant, dur, sans pitié. Très insécure et abandonnique, elle réagit par des comportements de méfiance et d'opposition, à la fois angoissée et agressive comme un animal traqué. Réactionnellement, il existe une régression infantile profonde : le seul recours, le seul refuge étant sa mère, ou un substitut, dans ce qu'elle a d'enveloppant et de sécurisant.

Au terme de ces constatation, une double thérapeutique s'imposait évidemment.

Malheureusement le refus de toute hospitalisation de la part de la malade et son opposition n'ont pas encore permis d'entreprendre une psychothérapie valable dont la nécessité est pourtant impérieuse.

D'un point de vue somatique, il a été ordonné des lavements d'hydrocortisone et de vitamine A, de la « salazopyrin » à raison de 8 comprimés par jour et du « stalkosal » ; la muqueuse recto-sigmoïdienne semble en voie de cicatrisation et les hémorragies sont peu abondantes. Cependant, tant qu'une thérapeutique psychiatrique ne pourra être instaurée, nous sommes assez pessimistes quant à l'avenir de M^me^ L...

En conclusion, nous avons affaire ici à une femme à personnalité très infantile, restée extrêmement attachée au souvenir de sa mère et gardant de sa vie mouvementée, un sentiment de culpabilité et certaines réactions d'agressivité ; cette malade, à l'occasion d'une situation rendue insoluble par son état névropathique, fait une recto-colite hémorragique dont le pronostic nous paraît réservé.

OBSERVATION III

Un enfant fait à l'âge de 4 ans une recto-colite hémorragique à la suite d'une frustration affective brutale. L'interrogatoire et les tests psychologiques révèlent l'existence d'une personnalité affective tout à fait anormale.

Le jeune Alain L..., âgé de 9 ans, est vu en consultation en octobre 1956 pour des émissions de sang par l'anus ; ces émissions qui, depuis l'âge de 4 ans, ne s'objectivaient que par quelques traces sanglantes sur le slip de l'enfant, avaient été mises sur le compte d'hémorroïdes, jusqu'à ce qu'une hémorragie plus importante, ayant même entraîné une lipothymie, ait motivé l'envoi en consultation. Une rectoscopie pratiquée alors par le Professeur Moretti, montre un aspect sphacélique de la muqueuse recto-sigmoïdienne. L'enfant, par ailleurs, est en excellent état général.

Les antécédents pathologiques du petit malade sont banaux : maladies infantiles, otite, amygdalectomie ; seule une constipation tenace et rebelle est vraiment à signaler, « et c'était plutôt parce qu'il ne voulait pas aller au water », nous dit sa mère. Par ailleurs, celle-ci nous apprend que le jeune Alain est un « retardataire », étant le plus jeune fils d'une famille où les

deux aînés ont aujourd'hui 30 et 25 ans, et que de ce fait, il a été quelque peu « couvé ». Mais ce que nous apprenons de plus intéressant est l'existence, à l'âge de 4 ans, de chocs affectifs certains avec modification du comportement, qui ont précédé de peu l'apparition de sang dans les selles ; en effet, en juillet 1951, M^me^ L... a été obligée de s'absenter assez régulièrement de Bordeaux pour se rendre à Périgueux auprès de sa mère, malade et hospitalisée. Le premier départ eut lieu lorsque l'enfant dormait ; ce fut au réveil et jusqu'au retour de la mère, une scène de colère et de larmes qui se reproduisit depuis lors à chaque absence, même brève, de M^me^ L... et ce, jusqu'à l'âge de 8 ans environ. De ce fait, les débuts scolaires furent assez orageux, mais actuellement l'enfant va à l'école sans difficultés. A la maison, sa mère nous le décrit comme peu turbulent, n'aimant pas les jeux bruyants, préférant d'ailleurs la compagnie de petites filles ou d'enfants plus jeunes que lui à celle des garçons de son âge. Dans son comportement, deux points intéressants : d'abord un amour de l'entassement et de la thésaurisation qui, par exemple, le pousse à conserver depuis des années, les vieux carnets de papier à cigarettes de son père et à veiller jalousement sur sa tirelire ; « il garde tout », nous dit sa mère. Deuxièmement, son comportement semble axé par un énorme égocentrisme : ainsi, lors d'un accident récemment survenu à son père, les changements que l'accident pourrait entraîner dans ses conditions matérielles de vie l'inquiètent beaucoup plus que le sort de son père lui-même ; « Papa ne pourra plus travailler, on n'aura plus d'argent », a-t-il dit à sa mère. Notre conversation avec l'enfant nous l'a montré peu communicatif. Son intelligence semble tout à fait normale ; d'ailleurs son niveau et ses classements scolaires sont suffisamment significatifs à cet égard.

Pour préciser la personnalité de notre jeune malade, nous avons eu recours, comme dans les cas précédents, aux tests psychologiques de projection.

Au Rorschach, on a l'impression d'une personnalité fermée,

coartative, repliée sur elle-même, très dure, inaffective, égocentrique et captatrice. Sa dureté s'exprime symboliquement dans des visions de pierres, de statues, de rochers, de cornes, de fourches, de bosses. Il existe un problème sexuel s'acocmpagnant d'anxiété et d'insécurité, avec onanisme vraisemblable aux planches II et VI. Lors de ce test, on se heurte parfois à un entêtement buté devant lequel échoue toute invigoration.

Au Duss, il existe une agressivité contre le père avec complexe d'Œdipe mal sublimé ; on y retrouve le problème sexuel.

Au test du dessin de famille, réapparaît un problème familial certain, l'enfant n'ayant dessiné que le père et la mère.

Au T.A.T. on objective une ambivalence à l'égard de la mère: d'une part, son égocentrisme le pousse à la considérer comme un simple objet qu'il peut écarter ou réclamer suivant ses besoins ; d'autre part, il lui reste attaché d'une manière très infantile. A la planche X, on note un narcissisme certain : la planche, en effet, au lieu de recevoir l'explication banale d'une scène de tendresse entre deux personnages, est interprétée comme « un homme qui se regarde dans une glace ».

En résumé, on peut affirmer l'existence de problèmes affectifs sur un fond de personnalité particulière, où l'on retrouve une immaturité affective et un égocentrisme qui, avec le goût de l'enfant pour l'entassement et son refus d'exonérer lorsqu'il était plus jeune, évoquent tout à fait le stade anal des psychanalystes.

Chez ce malade, il a été mis en œuvre une thérapeutique à double visée : d'abord, un traitement somatique à base de « salazopyrin » et de petits lavements huileux, laudanisés et additionnés de vitamine A ; deuxièmement, des mesures à visées étiologique ont été prises : la psychothérapie n'étant pas envisageable étant donné l'âge du malade, c'est surtout par action sur le comportement de ses parents à son égard, que l'on peut espérer éviter la survenue de nouveaux conflits nocifs. Dans

ce but, nous avons exposé à la mère les principaux traits du caractère de l'enfant, en lui expliquant qu'il fallait lui éviter le plus possible toute cause de contrariété. Ceci, évidemment, ne sera pas toujours facile.

En conclusion, il s'agit d'un enfant qui fait à l'âge de 4 ans, une recto-colite hémorragique légère à la suite d'un traumatisme affectif particulièrement ressenti du fait d'une personnalité égocentrique et captatrice avec un attachement infantile à la mère et un comportement général se rattachant au stade anal de la psychanalyse.

CHAPITRE III

LA CONCEPTION PSYCHOSOMATIQUE DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

Nous envisagerons successivement dans cette étude :

1°) Les facteurs déclenchants ;

2° La personnalité du malade et la spécificité psycho-somatique de l'affection.

3° La physiologie pathologique telle qu'elle ressort des travaux récents.

4° Le traitement rationnel qui en découle.

5° L'importance du facteur psycho-somatique dans l'étiologie des recto-colites hémorragiques.

1. - LES FACTEURS DECLENCHANTS

Les chocs émotionnels sont connus depuis longtemps comme pouvant être à l'origine de certaines poussées ou de rechutes de recto-colites hémorragiques. A cet égard, la thèse de M^me^ BEYTOUT et les publications du Professeur DUBARRY sont particulièrement instructives : ennuis conjugaux, échecs au baccalauréat, arrestation ou décès d'un être cher, annonce d'une déclaration de guerre, sont signalés comme autant de facteurs possibles de reprise évolutive. Encore plus intéressants sont les

chocs émotionnels agissant comme facteurs déclenchants d'une première poussée de recto-colite hémorragique : Mme Beytout rapporte le cas d'une fillette qui fait une colite ulcéreuse lors de sa mise en pension, où elle s'ennuie beaucoup ; cette jeune malade fait en même temps une aménorrhée qui dure jusqu'à sa sortie du pensionnat. D'autres cas analogues se retrouvent dans la littérature médicale et mettent en évidence des coïncidences pour le moins frappantes entre des agressions psychiques et la survenue d'une recto-colite hémorragique. Parfois, plutôt qu'à l'occasion d'un choc émotionnel survenant plus ou moins brutalement, c'est à la suite d'une situation affective conflictuelle qu'apparaissent les premières hémmoragies : ennuis professionnels, annonce de la naissance d'un frère ou d'une sœur, éloignement prolongé du milieu familial, se retrouvent dans de nombreuses observations. Demole, par exemple, cite le cas d'une jeune Américaine qui, à la suite de son mariage, doit habiter en Europe ; une recto-colite hémorragique se déclare quelques jours avant la cérémonie, s'aggrave lors de la traversée, persiste pendant un an, et ne disparaît définitivement que sur le bateau du retour.

Les trois observations que nous rapportons s'intègrent parfaitement dans le cadre des recto-colites hémorragiques secondaires à des chocs émotionnels ou à des conflits affectifs, et l'on peut retrouver dans chacune d'elles le facteur déclenchant : aménorrhée de sa fiancée pour le premier malade, situation sociale et affective sans issue pour la seconde, frustration affective brutale pour le troisième.

Si, par conséquent, des émotions brutales ou toute autre agression psychique peuvent être à l'origine du déclenchement d'une colite ulcéreuse, la première question qui se pose est de savoir pourquoi, étant donné le nombre particulièrement élevé de personnes soumises à des traumatismes psychiques de toutes sortes, il n'y a que si peu de recto-colites hémorragiques. En d'autres termes, qu'est-ce qui rend l'agression psychique aussi

dramatique dans ses conséquences pour certains sujets ? Les études psychologiques pratiquées tant aux Etats-Unis qu'en Europe, ont montré que le responsable de cette dramatisation somatique était une personnalité particulière que nous allons maintenant envisager.

2. - LA PERSONNALITE DU COLITIQUE ULCEREUX

Un grand nombre d'auteurs tels que DANIELS, MAHONEY, SULLIVAN et GROEN ont publié des résultats d'études psychologiques particulièrement concordants sur cette personnalité des malades atteints de recto-colite hémorragique, et l'on peut dire actuellement que l'accord est complet pour en préciser les principaux traits caractérologiques.

La structure générale de la personnalité des colitiques ulcéreux n'est anormale que par un nombre restreint de ses aspects. De nombreux traits de caractère sont en effet souvent normaux et il s'en suit que ces sujets peuvent être parfaitemnet adaptés à leur vie sociale et familiale, si les circonstances extérieures s'y prêtent. Ce n'est qu'à l'occasion d'une situation affective inhabituelle et souvent inattendue, que se révèlera leur comportement anormal.

Le trait le plus notable de ces personnalités est une immaturité psychique qui entraîne un besoin permanent d'affection et de protection. Que ce soutien vienne à leur manquer du fait de modifications extérieures à eux-mêmes de leur monde affectif, et ces sujets reculent devant les responsabilités à prendre ; ils peuvent même à cette occasion, assez rarement à vrai dire, se réfugier dans une véritable névrose que WITTKOWER a trouvée surtout de type dépressif. A cette dépendance à l'égard d'autrui se juxtapose une grande sensibilité qui les rend d'autant plus vulnérables aux traumatismes psychiques. Il s'ensuit souvent une grande tension nerveuse avec parfois des sentiments d'anxiété et d'hostilité, parfois d'indécision, et des impressions de culpabilité (MAHONEY). On peut noter assez souvent une tendance

au narcissisme. Quoi qu'il en soit, c'est cette sujétion à l'entourage, ce besoin d'apport extérieur, qui domine la personnalité du colitique ulcéreux, dans laquelle DANIELS retrouve assez souvent un attachement excessif à la mère. Il est à remarquer que cet infantilisme psychique avec son égocentrisme et son hypersensibilité peut ne pas être apparent de prime abord ; le sujet peut en effet, présenter des allures d'indépendance, avec une certaine agressivité qui peut traduire cette hostilité latente que l'on retrouve souvent chez les malades porteurs d'une recto-colite hémorragique ; en fait, ces allures indépendantes ne sont qu'une façade, qui s'écroule rapidement au moindre obstacle.

Un fait est certain : ce type de personnalité, dont les anomalies dépassent de loin ce que l'on peut constater dans un groupe de malades atteints d'affections quelconques, est retrouvé de façon constante par les auteurs qui se sont intéressés à la question. C'est cet infantilisme psychique qui permet alors de comprendre la dramatisation somatique que revêtent les moindres traumatismes et qui peut entraîner de ce fait l'apparition d'une recto-colite hémorragique. En effet, un sujet normal qui perd un être cher ou qui se débat au milieu de difficultés sociales ou affectives plus ou moins complexes, saura prendre ses responsabilités et réagira en fonction des événements survenus. Au contraire, un sujet à la personnalité telle que nous venons de la décrire, avec son immaturité infantile et son hypersensibilité, vivra de façon beaucoup plus intense ses stress émotionnels et sera incapable de résoudre les nouveaux problèmes qui en découlent. Ces malades ne peuvent, en effet, contenir une attaque quelconque contre leur prsonnalité que grâce à un apport continuel d'affection et de sympathie de la part de leur entourage. Que cette protection vienne à leur faire défaut, soit par disparition brutale des protecteurs, soit par modification de leurs rapports avec ces protecteurs, et le conflit ne sera pas résolu. Il prendra de ce fait une importance dramatique disproportionnée au caractère souvent bànal, dans notre vie moderne, de l'élément psychiquement agressif.

Il est bien évident que la suppression de l'apport affectif extérieur et la survenue d'un conflit quel qu'il soit, peuvent être dans la vie de ces malades, séparés par un laps de temps plus ou moins important. Il faut par conséquent fouiller l'interrogatoire pour révéler le mécanisme psychologique du conflit. Outre les conversations répétées et la mise en confiance des malades, il a été fait appel dans ce but aux tests psychologiques de projection des personnalités. Les tests les plus employés sont le T.A.T. (Thematic Apperception Test) qui consiste en une interprétation de vingt tableaux en noir et blanc volontairement flous, le test de Roschach surtout, qui consiste en la recherche de diverses interprétations des formes et des couleurs d'une tâche d'encre, et divers tests pour enfants (tests de Duss par exemple). Pour notre part, c'est cette double méthode du contact personnel avec le malade et de son examen psychologique à l'aide des tests, que nous avons employée. Nos résultats concordent d'ailleurs parfaitement avec la personnalité du colitique ulcéreux telle qu'elle a été décrite par de nombreux auteurs. Nos trois malades présentent en effet le même besoin d'apport affectif de la part du monde entérieur ; et c'est lorsque ce besoin n'est plus satisfait et que le sujet se sent isolé avec ses problèmes dans un monde hostile (deuxième et troisième malades), ou que ces problèmes ne peuvent se résoudre qu'aux dépens de cet apport (premier malade), que se déclenche la recto-colite hémorragique.

Un dernier point reste cependant à envisager avant d'étudier quel mécanisme physio-pathologique est en jeu ; si, en effet, on conçoit qu'une personnalité singulière puisse singulariser un événement affectif banal et le rendre ainsi particulièrement agressif, on peut se demander pourquoi tel sujet fera dans ces circonstances une recto-colite hémorragique alors qu'un autre présentera un ulcère gastrique ou une crise d'asthme. C'est le problème de la localisation psycho-somatique. Ce problème, disons-le tout de suite, ne nous paraît pas résolu actuellement.

Certes, pour un psychanalyste, le colitique faisant une fixation infantile à la phase anale de son développement émotionnel, cette localisation se conçoit très bien car, comme l'a écrit MUSHATT, la relation avec le monde se fait chez ces sujets au psychisme immature, à un niveau d'incorporation orale. Cette relation est alors exprimée par le corps au moyen du tractus gastro-intestinal. De même, pour ALEXANDER, la diarrhée serait une réaction viscérale de leur extrême passivité familiale et sociale. Pour notre part, cette explication psychanalytique ne nous satisfait pas car elle consiste au fond en passage du sens métaphorique conventionnel, au sens viscéral propre d'un mot. En outre, elle ignore tout des travaux physio-pathologiques consacrés à la recto-colite hémorragique et sur lesquels nous reviendrons.

Ce n'est pas non plus dans une spécificité des facteurs déclenchants qu'il faut rechercher une explication qui ne serait d'ailleurs que bien superficielle. Quant à la personnalité du colitique ulcéreux, si elle est, comme le fait remarquer CAIN, un peu différente de celle de l'asthmatique ou de l'ulcéreux gastrique, elle rejoint en fait celle de tous les malades porteurs d'une affection psycho-somatique, par son immaturité, et ses caractéristiques différentielles sont au fond assez secondaires. Nous croirions volontiers pour notre part, à une spécificité du terrain du sujet, de sa personnalité biologique plus que de sa personnalité psychologique. Il s'agit évidemment là d'un domaine que l'on ne fait que commencer d'explorer et cela pose le problème de l'étude de phénomènes tissulaires qui nous échappent aujourd'hui complètement et qui ne sont pas propres à la seule médecine psycho-somatique.

3. - MECANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE

Cette étude doit être divisée en deux parties : d'une part la possibilité de réalisation expérimentale d'ulcérations et d'hémorragies par effet de stimuli émotionnels ; d'autre part, la mise en

évidence des chainons physiopathologiques permettant un début de compréhension des mécanismes intimes de la somatisation.

A. - La réalisation expérimentale d'hémorragies coliques et de lésions de recto-colite hémorragique par des stimuli émotionnels

Chez l'animal, DRURY, BARCROFT et FLORY, ont pu produire des réactions vaso-motrices au niveau du côlon par la mise en œuvre de stimuli divers, parmi lesquels la peur. Dans certaines expériences, il a même été obtenu des hémorragies.

Chez l'homme, GRACE, WOLF et WOLF ont pu constater, de visu, la formation d'ulcérations et l'apparition d'hémorragies au niveau de la muqueuse colique de quatre colitiques ulcéreux porteurs d'une fistule. Ils ont soumis leurs patients, sans les prévenir, à diverses situations plus ou moins angoissantes, entraînant de la part des malades des réactions d'hostilité ou d'appréhension. Par exemple, le malade est successivement examiné dans la même matinée, par plusieurs médecins qu'il ne connaît pas, et qui le quittent sans la moindre marque de sympathie ou même d'intérêt ; de plus, on éloigne l'infirmière habituelle du sujet et on la remplace par une personne qu'il ne connaît pas. GRACE et ses collaborateurs constatèrent ainsi une augmentation de la fragilité capillaire, l'apparition d'hémorragies et même chez l'un de leurs patients l'apparition d'érosions et d'ulcérations de la muqueuse colique. DENNIS et ses collaborateurs ont pu de même observer à la rectoscopie la survenue de lésions pétéchiales chez des malades porteurs de recto-colite hémorragique, pendant des crises anxieuses. Enfin, KARUSH et ses collaborateurs ont constaté un hyperfonctionnement colique lors de l'évocation devant des colitiques ulcéreux, des problèmes personnels entraînant chez eux des réactions d'angoisse ou d'agressivité.

Expérimentalement, par conséquent, des agressions psychiques peuvent faire apparaître au niveau de la muqueuse colique,

des ulcérations telles que l'on en trouve dans la recto-colite hémorragique.

B. - Les chainons intermédiaires.

De nombreuses expériences autant classiques que modernes permettent aujourd'hui de jalonner le chemin suivi par le processus pathologique depuis la partie haute du système nerveux jusqu'à la muqueuse colique.

La possibilité d'apparition d'hémorragies coliques par excitation ou destruction de parties du système nerveux central, est connue depuis longtemps : des tumeurs du IV^{e} ventricule peuvent s'accompagner d'hémorragies digestives. Par ailleurs, en injectant de la toxine typhique au niveau du 3^{e} ventricule (Tardieu) ou en détruisant certaines parties de l'hypothalamus du chien (Keller), on peut observer la survenue d'ulcérations coliques et d'hémorragies.

Le rôle du système nerveux végétatif, lui, est bien connu depuis les travaux de Reilly sur l'irritation des ganglions splanchniques et cervicaux ; Reilly a pu écrire que « l'irritation du système nerveux végétatif, quel que soit l'agent et quel que soit son siège, est le mécanisme pathogénique nécessaire et suffisant des hémorragies digestives ». Par ailleurs, on a pu montrer le rôle des substances para-sympathicomimétiques : Lium et Porter ont provoqué des ulcérations et des hémorragies en nappe sur des fragments de côlon transplantés, par injection d'acétylcholine ou de pilocarpine. De même, Wener et Simar ont réalisé des lésions de colite ulcéreuse chez le chien par des injections répétées d'acétyl-béta-méthylcholine. Cette action du système nerveux végétatif se traduit, suivant l'intensité de l'excitant, par une rougeur plus ou moins intense puis par quelques hémorragies pétéchiales, enfin par des érosions muqueuses ; tous stades qui ont été retrouvés chez l'homme par Grace et ses collaborateurs.

Dernier chainon pathogénique, l'augmentation de la sécrétion de lysozyme a été constatée par ces mêmes auteurs chez leurs quatre colitiques fistuleux, lors des stimulé émotionnels. Le lysozyme (1) a été retrouvé dans la recto-colite hémorragique en quantité 50 à 200 fois supérieure à la normale, par RACHET et SARRAZIN, confirmant en cela les stravaux de Karl MEYER. Une fois ces lésions du côlon constituées, les troubles du transit et de l'absorption intestinale expliquent les troubles métaboliques de la recto-colite hémorragique, tandis que la surinfection des ulcérations rend compte de la forme hémorragique et purulente de l'affection.

C. - En conclusion, on a pu réaliser expérimentalement des lésions de recto-colite hémorragique par des stimuli émotionnels chez l'homme comme chez l'animal. De plus, divers travaux permettent de proposer une voie pour le processus pathologique transformant des traumatismes psychiques en lésions de la muqueuse colique : cette voie semble essentiellement nerveuse, et l'on peut dire, avec PORTIS, que « les stimuli émotionnls venant de l'hypothalamus sont transmis par la moelle et conduits par les nerfs sacro-pelviens au rectum, au sigmoïde et au côlon ascendant. La stimulation accrue des nerfs pelviens, accroît la production de lysozyme qui détruit le mucus protecteur, et attaque la paroi ou favorise l'action des enzymes venus du pancréas. La paroi est ainsi ulcérée ». CANNON arrive à la même conclusion en disant que l'émotion provoque une véritable libération des centres sous-corticaux qui, prenant possession de l'organisme, agissent sur les organes sous-jacents.

La réalité d'une recto-colite hémorragique, véritable maladie psycho-somatique, est donc aujourd'hui démontrée par un faisceau de preuves tant cliniques qu'expérimentales. C'est là le résultat d'efforts conjugués de cliniciens, de psychiatres, de psychologues et d'expérimentateurs, prouvant ainsi, s'il en était encore besoin, le caractère fructueux des collaborations entre

(1) Lysozyme : enzyme à propriétés muco et bactériolytiques, qui est sécrété à l'état normal par la muqueuse colique.

disciplines différentes. Mais la conception psycho-somatique de la recto-colite hémorragique a en outre le mérite de ne pas être stérile : il en découle en effet de nouvelles possibilités thérapeutiques que nous allons maintenant envisager.

4. - TRAITEMENT RATIONNEL DE LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE, MALADIE PSYCHO-SOMATIQUE

A. - Thérapeutique à visée étiologique :

1) *La psychothérapie* a été la première thérapeutique psychiatrique à être employée dans le traitement de la recto-colique hémorragique. Elle constitue encore le traitement le plus couramment utilisé dans cet ordre d'idée.

Cette psychothérapie n'est pas encore parfaitement codifiée. Pour certains auteurs, en effet, on ne doit pas être trop franc avec le malade (GROEN) ; lui détailler et lui expliquer la nature exacte de ses tendances dépressives et infantiles risquerait de créer en lui un sentiment d'humiliation, qui entraînerait ipso facto un échec. Il faut, au contraire, essayer de débarrasser le malade de son anxiété par une sympathie et une protection constantes ; il faut que le sujet dirige ses besoins de dépendance vers le thérapeute. L'attitude de celui-ci doit être surtout amicale et l'évocation des problèmes personnels doit rester très superficielle. Il s'agirait donc, pour ces auteurs, d'une simple psychothérapie de soutien. En fait, cette limitation nous paraît un peu excessive et nous pensons, avec WEST, que l'on peut pratiquer une psychothérapie explicative qui sera poussée évidemment plus ou moins loin selon les sujets. Il est bien entendu que cette psychothérapie doit éviter d'employer les méthodes de la psychanalyse orthodoxe qui, toujours assez traumatisantes, seraient catastrophiques chez les colitiques ulcéreux, étant donné ce que nous savons de leur personnalité. Mais une psychothérapie explicative prudente doit, à notre avis, être essayée chez ces malades.

A la psychothérapie doivent s'associer diverses mesures tendant à maintenir le malade dans une ambiance de calme et de sécurité. Cependant, pour NASIO, l'hospitalisation ne doit être proposée que pour les formes graves interdisant véritablement toute vie active ; en effet, pour l'auteur argentin, l'hospitalisation, surtout avec le maintien au lit, bouleverse trop la vie du sujet et peut par là aggraver son état psychique. Il y aurait donc intérêt, tout au moins dans les formes légères et moyennes, à conseiller le maintien d'une certaine activité et à essayer d'agir sur le comportement de l'entourage du malade. Pour NASIO, c'est le repos psychique plus que le repos physique qui importe.

Les résultats de la psychothérapie des colitiques ulcéreux sont intéressants. Certains auteurs rapportent même des cas de recto-colite hémorragique dont la guérison a pu être obtenue par cette seule méthode : GROEN et BASTIAANS en rapportent 24 cas. WEST également a eu d'excellents résultats. Ces faits ne sont cependant pas la règle et la psychothérapie seule, si elle transforme le comportement, ne guerit pas en général les lésions locales. Elle n'en reste pas moins, en association avec des thérapeutiques à visées anti-inflammatoires ou autres, un élément important du traitement de la recto-colite hémorragique. Son utilité n'est d'ailleurs pratiquement contestée par personne. Nous pensons que si la psychothérapie n'a pas l'action locale que l'on pourrait attendre d'elle, ceci est dû à la libération des lésions coliques de leurs causes initiales ; les lésions de la recto-colique hémorragique, en effet, évoluent au bout d'un certain temps pour leur propre compte ; il se forme localement un véritable cercle vicieux : l'infection des ulcérations et leur irritation par les matières, ne peuvent qu'entraîner de nouvelles perturbations neuro-végétatives qui, à leur tour, aggravent les lésions de la muqueuse. Tout se passe en somme comme pour le cycle de MOON du choc traumatique : une fois la stase capillaire installée, l'interruption des influx nociceptifs est insuffisante et il faut suppléer symptomatiquement à la déplétion sanguine. De même, dans la recto-

colite hémorragique, des médications locales tendant à rompre le cercle vicieux, sont rapidement nécessaires.

La psychothérapie pourrait donc suffire à elle seule tant que des lésions spontanément irréversibles ne sont pas réalisées au niveau de la muqueuse colique, possibilité qui nous paraît assez théorique. Elle garde tout son intérêt ensuite, surtout en empêchant l'aggravation des lésions par de nouveaux chocs affectifs. Le repos psychique prôné par NASIO prend alors toute sa valeur, ainsi qu'en font foi les travaux déjà cités de GRACE et ses collaborateurs.

2° *A côté de la psychothérapie*, on a proposé diverses autres thérapeutiques, se rattachant à une conception psycho-somatique.

a) LA CURE DE SOMMEIL serait pratiquée volontiers en U.R.S.S. ; en France, SAPIR et LÉVY rapportent deux observations personnelles de colitiques ulcéreux traités par cette méthode. Ils ont constaté une disparition du syndrome digestif et une reprise de l'état général. La cure de sommeil nous paraît un élément intéressant pour des sujets porteurs de recto-colite hémorragique grave chez qui il y a eu échec de la psychothérapie. Il y a là indiscutablement un moyen de mettre le malade psychiquement au repos.

b) LA SECTION DES FIBRES CORTICO-THALAMIQUES a été employée en France chez deux malades de HILLEMAND avec une amélioration et une guérison. Etant donné le caractère irréversible et définitif des résultats bons ou mauvais de cette méthode et l'altération de la personnalité qui en résulte, nous pensons que c'est là une thérapeutique à proposer en tout dernier ressort.

c) L'INFILTRATION DES SPLANCHNIQUES constitue par contre une méthode au moins inoffensive ; malheureusement son manque de précision n'en fait qu'une thérapeutique d'appoint, que l'on ne doit cependant pas négliger.

B. - Thérapeutiques à visées symptomatiques :

Elles sont indispensables. Elles pourraient n'être qu'utiles à titre d'appoint dans les cas où une psychothérapie serait entreprise suffisamment tôt avant la constitution du cercle vicieux local. En fait, il nous semble sage de les mettre en œuvre systématiquement dans tous les cas de recto-colites hémorragiques. Ces thérapeutiques sont de plusieurs types :

a) Traitement anti-anemique et reconstituant. Il sera mis en œuvre à la demande en fonction de l'état de chaque malade. Il comprendra des vitamines (C, B12, etc...), du fer, des extraits hépatiques, de petites transfusions au besoin.

b) La dietetique des colitiques ulcéreux doit tendre vers un double but :

— Eviter tout élément irritant pour la muqueuse colique, tel que l'alcool, les condiments non salins, les sauces, les matières grasses réchauffées, etc.

— Assurer néanmoins au sujet un apport énergétique, vitaminique et protidique suffisant (150 gr. de protéines par jour pour Nasio).

c) Traitement anti-infectieux. Il a pour but de lutter contre la surinfection des lésions coliques. On pourra employer des sulfamides intestinaux tels que la salazopyrin suédoise et des antibiotiques : streptomycine, tifomycine, auréomycine, terramycine ont été employés. Pour notre part, nous employons volontiers la salazopyrin à raison de 8 à 12 comprimés par jour et la tifomycine, surtout comme couverture du traitement anti-inflammatoire.

d) Traitement anti-inflammatoire et regenerateur de l'epithelium. Nous avons obtenu d'excellents résultats avec l'administration chqaue soir d'un petit lavement de 50 gr. d'huile d'olive additionné de quelques gouttes de laudanum et de 500.000 U.I. de vitamine A ; tous les cinq ou six jours, on

ajoute à ce lavement 25 à 50 mg. d'hydrocortisone. Ces lavements, administrés le soir, doivent être gardés, si possible, par le sujet jusqu'au lendemain matin. On peut associer à cette thérapeutique la prise orale de métacortandracine à faibles doses (15 à 20 mg.), tant dans un but anti-inflammatoire que reconstituant général.

e) Traitement protecteur de la muqueuse colique. Diverses méthodes peuvent être utilisées en vue d'un plâtrage, d'un crépissage de la muqueuse. Nasio, par exemple, rapporte d'excellents résultats avec un goutte à goutte rectal d'hydroxyde d'aluminium colloïdal associé à du sous-gallate de bismuth ; il obtient une véritable « iléostomie non chirurgicale », par mise de la muqueuse malade à l'abri de tout facteur traumatisant local. Nous n'avons personnellement aucune expérience de cette thérapeutique, mais employons volontiers dans le même but la coréine bismuthée, additionnée de quelques gouttes de génatropine.

f) Traitement chirurgical. Il nous apparaît comme une solution particulièrement mutilante, à réserver aux cas où toute autre thérapeutique s'est révélée inefficace. En effet, la colectomie pose le problème délicat du rétablissement du transit et le chirurgien se trouve devant un dilemme : ou il sacrifie tout le rectum aux dépens d'un bon fonctionnement sphinctérien, ou il en conserve une partie mais risque ainsi de voir le processus pathogénique continuer sur le moignon. Quant à l'iléostomie, même techniquement réussie et psychologiquement acceptée, elle n'est qu'une solution palliative.

C. - En conclusion, le traitement rationnel de la recto-colite hémorragique doit comprendre :

— d'abord un traitement somatique que l'on adaptera à chaque cas sur les bases que nous avons indiquées.

— ensuite un traitement psychothérapique qui souvent est d'ailleurs rendu difficile du fait de contingences matérielles et

sociales diverses. Cependant, si elle se solde fréquemment par un échec sur la maladie somatisée, la psychothérapie n'en a pas moins un grand intérêt pour la prévention des rechutes et des récidives.

5. - L'IMPORTANCE DU FACTEUR PSYCHO-SOMATIQUE DANS L'ETIOLOGIE DES RECTO-COLITES HEMORRAGIQUES

S'il paraît démontré que la recto-colite hémorragique puisse être une affection psycho-somatique, il reste en somme à savoir si toutes les recto-colites hémorragiques sont des affections psycho-somatiques. Les résultats publiés par les divers auteurs sont à ce sujet assez discordants et, dès qu'il s'agit de chiffrer un pourcentage, les avis divergent. Pour certains, le facteur émotionnel semble peu fréquent : 5 % pour SLOAN, 20 % pour DUGAL (avec d'ailleurs 10 % de problèmes affectifs qualifiés de mineurs) ; le Professeur DUBARRY, en particulier dans la thèse de M^me^ BEYTOUT, le retrouve dans 7 cas sur 26 ; BASSLER, sur 542 cas, trouve une étiologie psycho-somatique chez 30 % de ses malades. Par contre, DANIELS arrive à 75 %, BROWN et SULLIVAN à près de 90 %, GROEN à la quasi totalité de ses malades, NASIO à la totalité de ses 73 patients.

A quoi est due cette divergence ? On peut penser, avec CAIN, que cette discordance se rattache au fait que beaucoup d'auteurs ne considèrent « comme traumatiques que des événements connus comme étant statistiquement dramatiques » (deuil, séparation). En fait, si l'on envisage les événements extérieurs en fonction de la personnalité bien particulière que l'on retrouve chez les colitiques ulcéreux, on arrive alors aux pourcentages beaucoup plus importants de BROWN et SULLIVAN, de GROEN ou de NASIO. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, le sujet va, en effet dramatiser un facteur agressif qui peut paraître assez banal à première vue aux personnes normales. C'est dire que l'on ne peut accepter valablement du point de vue psycho-

somatique, que les statistiques portant sur des malades ayant été étudiés tout particulièrement du point de vue psychologique, soit par contact direct entre le sujet et un psychiatre, soit par le moyen de tests psychologiques de projection comme le Rorschach ou le T.A.T. A ce sujet, la méthode de travail adoptée par GROEN et ses collaborateurs à Amsterdam, nous paraît un exemple à suivre pour toute étude psycho-somatique : après un examen par un interniste qui, outre une rectoscopie et un examen radiographique le soumet aux examens biologiques de routine, le sujet est pris en charge par le psychiatre qui, au cours de conversations répétées, peut se faire une opinion sur la biographie du malade ainsi que sur sa personnalité sociale et familiale ; dans un troisième temps, un psychologue étudie, en s'aidant en particulier du test de Rorschach, les principaux traits caractérologiques du sujet ainsi que l'existence d'éventuels conflits. Des réunions régulières du groupe de travail permettent enfin de confronter les résultats et d'en tirer les conclusions diagnostiques et thérapeutiques qu'ils impliquent. Avec cette méthode du groupe psycho-somatique d'examen des malades, la seule valable, GROEN trouve la personnalité immature que nous avons décrite, chez tous ses malades, et des conflits ayant précédé immédiatement l'apparition de la recto-colite hémorragique chez 30 malades sur 31 (sur les 5 autres malades du groupe de 36 rapporté par cet auteur, un mourut avant tout examen approfondi, et 4 s'améliorèrent spontanément au point qu'aucune étude psychologique ne fut amorcée par crainte que l'évocation du problème causal n'entraîne une rechute). NASIO, de son côté, trouve ainsi 73 étiologies psychosomatiques chez 73 malades. Nous pensons qu'une telle méthode, appliquée à l'étude de tous les cas de recto-colites hémorragiques, mettrait pleinement en évidence l'étiologie psycho-somatique de cette affection : la constance avec laquelle elle est retrouvée dans des groupes de colitiques ulcéreux ainsi examinés, en est la meilleure garantie.

Deux objections peuvent être soulevées :

1° Ne retrouverait-on pas cette personnalité anormale chez tous les sujets d'un groupe quelconque de malades ? La réponse est non ; l'expérience quotidienne des psychologues en fait foi : des personnalités plus ou moins anormales peuvent se trouver dans des proportions variables, mais on ne trouve jamais aussi constamment la même personnalité avec les mêmes anomalies, en dehors des affections psycho-somatiques et des névroses.

2° Si cette personnalité anormale ne se retrouve pas avec régularité chez tous les membres d'un groupe quelconque, elle ne s'en rencontre pas moins sporadiquement chez des sujets indemnes de recto-colite hémorragique ; elle n'aurait donc pas de signification. A cela, il est facile de répondre que la personnalité incriminée n'est qu'un facteur prédisposant et qu'un sujet porteur d'une telle personnalité ne fera pas plus inéluctablement une recto-colite hémorragique que, par exemple, un sujet sensibilisé à un allergène quelconque ne fera de manifestations allergiques ; dans les deux cas un facteur déclenchant, conflit émotionnel dans l'un, contact avec un allergène dans l'autre, est nécessaire à l'apparition de manifestations pathologiques. La possibilité pour le sujet de faire ses manifestations n'est que potentielle dans les deux cas.

Que reste-t-il dans ces conditions des diverses théories proposées pour expliquer l'apparition d'une recto-colite hémorragique ?

— La théorie infectieuse est pratiquement abandonnée de nos jours ; ni l'isolement de germes soi-disant spécifiques de la recto-colite hémorragique, tels que le diplostreptocoque de Bargen ou le colibacille hémolytique de Paulson, ni l'incrimination de germes spécifiques d'autres affections, tels que le bacille dysentérique, n'a pu aboutir à une reproduction expérimentale de l'affection. La multiplicité des germes invoqués est d'ailleurs un des meilleurs arguments pour réfuter la valeur d'une telle

hypothèse. Le seul rôle des germes ainsi diversement isolés, est la surinfection des lésions ulcéreuses déjà formées, aboutissant ainsi à la formation de pus. D'où l'intérêt symptomatique des sulfamides et des antibiotiques intestinaux.

— La théorie allergique est séduisante pour certains auteurs américains. Elle peut d'ailleurs, expérimentalement, rendre compte des ulcérations. Mais, outre l'inactivité des antihistaminiques de synthèse et la discordance des mesures de l'histaminémie et du pouvoir histaminopexique du sérum, la théorie allergique se heurte à l'impossibilité extrêmement fréquente d'isoler un allergène et à l'inefficacité constante des méthodes de désensibilisation.

— La théorie endocrinienne, enfin, n'a jamais prétendu expliquer le primum movens de la recto-colite hémorragique. Quant à l'influence des troubles menstruels sur la survenue de poussées et de rechutes, elle a été signalée à plusieurs reprises par le Professeur DUBARRY et semble bien admise aujourd'hui. Cette influence ne va d'ailleurs nullement à l'encontre de la conception psycho-somatique de l'affection car, ainsi que le fait remarquer M^me^ BEYTOUT, l'arrivée des règles correspond à une perturbation neuro-végétative de l'organisme et, à la vagotonie prémenstruelle succède, quelques heures avant les règles, la sympathicotonie. Qu'une modification anormale du tonus neuro-végétatif puisse aggraver les lésions coliques, n'est pas pour nous étonner depuis les travaux de REILLY. Quant à l'influence de la grossesse, elle se révèle beaucoup plus d'ordre psychologique que d'ordre physiologique (TUMEN).

En conclusion, nous pensons que seule, la théorie psycho-somatique de la recto-colite hémorragique, repose sur des bases cliniques et expérimentales solides et que les divergences que l'on peut relever dans l'évaluation de l'importance des facteurs psycho-somatiques, sont dues à l'insuffisance des études psychologiques qui devraient être pratiquées de façon systématique chez tous les colitiques ulcéreux.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons trois observations qui entrent dans le cadre des recto-colites hémorragiques psycho-somatiques décrites par de nombreux auteurs.

II. — Les arguments qui existent en faveur de la conception psycho-somatique de la recto-colite hémorragique sont de plusieurs ordres :

— D'abord les études psychologiques des colitiques ulcéreux pratiquées par divers auteurs, aboutissent de façon concordante à l'isolement d'une personnalité anormale caractérisée par une immaturité affective avec hypersensibilité et passivité et qui est la cause de survenue de conflits intérieurs déterminants.

— Deuxièmement, il a été possible de réaliser expérimentalement des recto-colites hémorragiques secondaires à des facteurs émotionnels et d'isoler les divers chainons pathogéniques de l'affection.

— Enfin, de cette conception découlent des mesures thérapeutiques dont l'efficacité est certaine, quoique limitée.

III. — Il apparaît que seule la conception psychosomatique de la recto-colite hémorragique est actuellement valable et il est à souhaiter que se forment des groupes d'études psychomatiques comme celui de GROEN et ses collaborateurs. De la création de tels groupes dépendent les progrès de nos connaissances sur la recto-colite hémorragique, maladie psycho-somatique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Le Doyen : R. SIGALAS.

Vu : Le Président du Jury :
G. MORETTI.

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 6 décembre 1956
Le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER F. — La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications. Payot, Paris. 1952.

BASSLER A. — Etiologie et traitement de la colite ulcéreuse chronique. *Am. J. Dig. Dis.* 1949, *16*, n° 5, 275-285.

BAUMEL J., GUIBERT H.L. et FASSIO E. — Le foie dans la rectocolite ulcéro-hémorragique. Données de la ponction-biopsie. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13*, n° 5-6, 735-743.

BAYET R. — Etude psycho-somatique des troubles du côlon. *L'Encyclopédie médico-chirurgicale.* Psychiatrie. II. 37450 G 10.

BENSAUDE A. — La rectocolite hémorragique. *Rev. Praticien*, 1951, *1*, n° 7, 421-422.

BENSAUDE A., VIGUIÉ R. et SARRAZIN A. — Rectocolite hémorragique et infiltration du sympathique. *Arch. Mal. App. Digest.*, 1946, *35*, n° 1-2, 55-58.

BERNARD A. — Considérations générales sur la R.C.H. non spécifique. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13*, n° 5-6, 762-766.

BETHOUX L. et DESCHAMPS J. — Rectocolite ulcéro-hémorragique grave traitée avec succès par l'A.C.T.H. Apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse 50 jours après l'arrêt du traitement. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1952, *68*, n° 18-19, 601-604.

BEYTOUT A. — Influence des émotions et des troubles menstruels sur l'évolution de certaines poussées de recto-colite hémorragique. *Thèse*, Bordeaux, 1948, n° 140.

BOCHNER R. et HALPERN F. — L'application clinique du test de Rorschach. Presses Universitaires de France, Paris, 1948.

BONFILS S., BERNIER J.-J. et LAMBLING A. — Les troubles métaboliques de la recto-colique hémorragique. Signification pronostique et pathogénique. *Sem. Hôp. Paris*, 1956, *32*, n° 17-2, 942-949.

BROWN W.T., PREU P.W. et SULLIVAN A. — Colite ulcéreuse et personnalité. *Am. J. Psychiat.*, 1938, *95*, sept., 407-420.

CAIN J., SARLES R., SARLES A. et BERETTI F. — L'aspect psychosomatique de la recto-colite hémorragique. *Encéphale*, 1955, *44*, n° 5, 427-446.

CATTAN R. — Les symptômes neuro-psychiques des colites. *Gaz. Méd. France*, 1952, *59*, n° 20, 1193-1197.

— Pathogénie et traitement de la R.C.H. Acquisitions médicales récentes, 1953. Flammarion, Paris, 1953.

CHEVILLOTTE R. — Acquisitions récentes dans le domaine de la clinique et du diagnostic de la rectocolite hémorragique et purulente. *Presse méd.* 1950, *58* n° 4, 49-51.

CREYX M., MASSIERE R. et MORETTI G. — Colite gauche hémorragique : guérison actuelle par la vitamine A. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1939, n° 9-10, 223-225.

CRISMER R. — Thérapeutique de choc et transfusion dans la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, 13, n° 5-6, 749-761.

DANIELS G.E. — Les facteurs psychiatriques de la colite ulcéreuse. *Gastro-enterology*, 1948, *10*, sept. 59-70.

DAVIDOVITCH P. — Recto-colite et radiothérapie médullaire. *Arch. Mal App. Dig.*, 1954, *43*, n° 3, 372-374.

DEMOLE M. et LASSERRE R. — Le facteur psychique dans la colite ulcéreuse. *Acta Gastro-entérol. belg.* 1953, *16*, n° 10, 605-612.

DROUET P.L., FAIVRE G., RAUBER G., LAMY P. et SCHMITT J. — Essai de traitement de la recto-colite hémorragique par l'hydrocortisone en lavement. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1955, *71*, n° 15-16, 569-572.

DUBARRY J.-J. et DUBARRY E. — Sur l'influence des troubles endocriniens et des émotions sur certaines poussées de recto-colite hémorragique. *Acta gastro-entérol. Belg.* 1950, *13*, n° 5-6, 769-771.

DUBARRY J.-J., RUMEAU P., CASTAING R. et VEINI J. — Guérison spectaculaire d'une poussée de recto-colite hémorragique par la streptomycine. *Arch. Mal. App. dig.* 1950, *39*, n° 2, 276-278.

DUGAL J.P. — Colite ulcéreuse, étude de 87 cas. *Arch. Mal. App. dig.*, 1952, *41*, n° 2, 1153-1166.

DURET R.L. — Problèmes psycho-somatiques dans la recto-colite hémorragique grave. *Acta gastro-entérol. belg.*, 1950, suppl. *13*, n° 2, 621-630.

ENGEL G.L. — Etudes sur la colite ulcéreuse. Nature du processus psychologique. *Am. J. Méd.* 1955, *19*, n° 2, 231-236.

FAROY G., ARNOUS J. et RICHARD. — Les recto-colites des déportés. *Presse Méd.* 1946, *54*, n° 53, 726-728.

GALLART-MONES F. — Recto-colites hémorragiques non spécifiques. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, 13, n° 5-6, 745-748.

GOSSET J. et MARTY P. — Problèmes psycho-somatiques en gastro-entérologie. *Arch. Mal. App. dig.* 1947, *36*, n° 7-8, 399-415.

GRACE W.J. et WOLF H.G. — Le traitement de la colite ulcéreuse (aspect psychosomatique). *J.A.M.A.* 1950, *146*, n° 11, 981-987.

GRACE W.J., WOLF S. et WOLF H.G. — Vicissitude de la vie, émotions et colite ulcéreuse chronique. *J.A.M.A.*, 1950, *142*, n° 19, 104 -1048.

GROEN J. et BASTIAANS J. — Psychothérapie de la colite ulcéreuse. *Gastro-enterology*, 1951, *17*, n° 3, 344-352.

GROEN J., BASTIAANS J. et VLES S.J. — Personnalité et conflits émotionnels comme facteurs étiologiques dans la colite ulcéreuse grave. *Acta-gastro-entérol. belg.* 1950, *13*, n° 7-8, 793-805.

GUERRE J. — Traitement de la recto-colite hémorragique. *Vie Méd.* 1954, *35*, n° 6, 629-634.

GUZY P. — Réflexions sur les recto-colites hémorragiques de cause inconnue. *Thèse*, Bordeaux, 1943, n° 34.

HILLEMAND P., BENSAUDE A. et NORA J. — La R.C.H. est-elle une maladie autonome ? *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13*, n° 5-6, 712-729.

HILLEMAND P. et GILBRIN E. — Recto-colite hémorragique et A.C.T.H. *Arch. Mal. App. dig.* 1951, *40*, n° 12, 1328-1329.

HILLEMAND, P. VIGUIÉ R., NALLET J. et LUNEL J. — Recto-colite hémorragique et section des fibres thalamo-corticales. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1955,, *71*, n° 29-30-31, 1225-1232.

KLEINER S.B. — Colite ulcéreuse, maladie de panique. *Am. J. Surg.*, 1950, *79*, n° 7, 209-212.

LAMBLING A. et BERNIER J.-J. — Les formes graves de la R.C.H. (colite ulcérative). Les indications du premier traitement chirurgical. *Sem. Hôp. Paris,* 1956, 32, n° 17-2, 933-942.

LEVY Y.H.P. — A.C.T.H. et cortisone dans le traitement de la R.C.H. grave. *Thèse,* Paris, 1952, n° 598.

MAHONEY P.V. — Etudes de la colite ulcéreuse ; étude de la personnalité en rapport avec la colite ulcéreuse. *Gastro-enterology,* 1949, *13,* déc., 547-563.

MEYER K. — Lysozyme et affections ulcératives. Analyse dans *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13,* n° 5-6, 779.

MORIN J. — Recto-colite hémorragique aiguë allergique après vaccination anticholérique. *Arch. Mal. App. dig.* 1954, *43,* n° 3, 363-365.

MOUTIER F., CORNET A. et LOIRY E. — Ulcères gastro-duodénaux et colites ulcéreuses par choc émotionel. *Presse Méd.* 1956, *64,* n° 25, 585-587.

MURRAY C.D. — Brève analyse psychologique d'un malade atteint de colite ulcéreuse. *J. Nerv. and Ment. Dis.* 1930, *72,* déc. 617.

NASIO J. — Traitement rationnel de la colite ulcéreuse chronique grave hémorragique. Communication à la séance extraordinaire de la Société belge de gastro-entérologie du 18 juin 1950.

— Traitement médical de la colite ulcéreuse grave. *Acta gastro-entérol. belg.* déc. 1950, *13,* n° 12, 1059-1086.

PARIENTE Ph. — La recto-colite hémorragique. Données classiques. Données actuelles. *Sem. Hôp. Paris,* 1954, *30,* n° 67, 3777-3787.

PICHOT P. — Les tests mentaux en psychiatrie. Presses Universitaires de France, Paris, 1949.

PORTIS S. — Conception nouvelle concernant la cause et le traitement de la colite ulcéreuse idiopathique. *J.A.M.A,* 1949, *139,* n° 4, 208-214.

PRUGH D.G. — L'influence des facteurs émotifs sur l'évolution de la colite ulcéreuse chez l'enfant. *Gastro-Enterology,* 1951, 18, juillet, 339-354.

RACHET J. — Conclusions générales sur la question de la recto-colite hémorragique. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13,* n° 7-8, 809-821.

RACHET J., BUSSON A. et ARNOUS J. — Considérations sur la radiologie de la R.C.H. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13,* n° 7-8, 806-808.

RACHET J., BUSSON A., MASSION J., VOTION J., LEONARD P., EVERATS P., DAGNELLE J., DURET R.L. et VIGONI M. — La recto-colite hémorragique grave (la colite ulcéreuse grave non spécifique). *Acta gastro-enterol. belg.* 1950, suppl. *13*, n° 2, 563-588.

RACHET J., BUSSON A., ROGÉ J. et ROBINEAU R. — A.C.T.H. et cortisone dans le traitement de la R.C.H. *Arch. Mal. App. dig.* 1951, *40*, n° 11, 1129-1138.

RACHET J. et SARRAZIN A. — Première note sur le taux du lysozime dans quelques affections gastro-intestinales. *Acta gastro-entérol. belg.* 1950, *13*, n° 5-6, 767-768.

SAPIR M. et LEVY M. — Deux cas de recto-colite hémorragique. Action de la cure de sommeil. *Arch. Mal. App. dig.* 1951, *43*, n° 1, 123-126.

SCHNEIDER P.B. — A propos de la recto-colite hémorragique, maladie psycho-somatique. *Arch. suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1956, *77*, 1-2, 78-84.

SEGUIN C.A. — Introduction à la médecine psychosomatique. Edit. l'Arche, Paris, 1950.

STERN E. — Le test d'aperception thématique de Murray (T.A.T.). Delachaux et Niestlé, Neuchatel, 1950.

SVARTZ N. — Traitement de la colite ulcéreuse par la salazopyrin. *Sem. Hôp. de Paris*, 1948, *24*, n° 52, 1677-1678.

TERRASSE, POIRIER, LAURENT, MONOD et LERE. — A propos d'un d'un cas de recto-colite ulcéro-hémorragique. *Arch. Mal. App. dig.*, 1953, *42*, n° 1, 66-69.

TUMEN H.J. et COHN E.M. — Grossesse et colite ulcéreuse chronique. *Gastro-enterology*, 1950, *16*, sept. 1-15.

WEST *R.* — Psychotherapie de la colite ulcéreuse. *Lancet*, 1940, *239*, déc. 2, 899-903.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

CHAPITRE PREMIER

Historique 13

CHAPITRE II

Les observations 17

CHAPITRE III

La conception psychomatique de la recto-colite hémorragique 29

1. Les facteurs déclenchants 29

2. La personnalité du colitique ulcéreux 31

3. Mécanisme physiopathologique 34

4. Traitement rationnel de la recto-colite hémorragique, maladie psycho-somatique 38

5. L'importance du facteur psycho-somatique dans l'étiologie des recto-colites hémorragiques 43

Conclusions 47

Bibliographie 49